



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar
N.V. te Arnhem, vertegenwoordigd door Turien & Co. Assuradeuren te
Alkmaar

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), indicatie

Zaaknummer : 201600882

Zittingsdatum : 18 januari 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar,
vertegenwoordigd door Turien & Co. Assuradeuren te Alkmaar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Cura Aanvullend Rotterdampakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten Aanvullende Verzekering Eigen Risico is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 23 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 2 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de kosten van de aan verzoekster verleende zorg alsnog als zijnde naturazorg, tot 80 percent te vergoeden, tot maximaal vijf uren en vijftig minuten per week, mits de nota's voldoen aan enkele specifieke voorwaarden.
- 3.4. Bij brief van 5 september 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

-  3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 november 2016 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 november 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 december 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.9. Bij brief van 8 november 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 5 december 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016130226) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het dossier niet blijkt dat de zorg die verzoekster nodig heeft niet planbaar is. Tevens is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 6 december 2016 aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 januari 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Bij brief van 19 januari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 26 januari 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

-  4.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *"Ik heb PGB nodig om zorg in te kopen van Zorg met hart, omdat ik de Nederlandse taal niet beheers en zij Kantonees spreken waardoor andere zorginstelling mij niet de juiste zorg kunnen leveren. In mijn kennis kring, heeft PGB Zorg met Hart heel goed mondeling heb en ik heb vertrouwen in het team dat ze goed voor mij verzorgen. Mijn gezondheid gaat achteruit en hun zorg is voor mij onmisbaar. (...) 3x keer per dag, 7 dagen per week komen mij helpen, om voor mij te verzorgen. De zorg bestaat uit douchen, omkleden, medicijnen geven, begeleiding beweging in huis. Ik heb deze zorg nodig omdat ik moeilijk lopen i.v.m. tintelen benen en veel chronische ziekten heb, waardoor ik veel medicijnen moet innemen. Verder heb ik zorgverleners nodig die Chinees kunnen spreken voor uitleg. (...)".*
De aanvraag vermeldt een zorgfrequentie van vijf uren en vijftig minuten per week.
-  4.2. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 25 januari 2016 een zorgplan opgesteld en hierin, voor zover hier van belang, het volgende verklaard: *"[Verzoekster] woont thuis samen met haar echtgenoot. Kinderen zijn uit huis en wonen buiten [de] stad. Zij heeft een hernia operatie gehad en is inmiddels rolstoelafhankelijk geworden. In het dagelijkse leven is mevrouw afhankelijk van de hulp en verzorging van haar man. Maar door de verslechtering van de gezondheid van haar man heeft ze professionele zorg/hulp nodig om thuis bij haar echtgenoot te kunnen blijven wonen. Mevrouw gebruikt hulpmiddelen zoals schoot, rolstoel, rollator, krukken, armleuning, douch[e]stoel, anti-slipmatje enz. [Verzoekster] spreekt alleen haar eigen moedertaal (Chinees). Zij heeft 'Zorg met Hart' als zorgaanbieder gekozen i.v.m. de taalbarrière. (...) Zorguren (aanvraag PGB): 5,25 uur (45*

min x 7 dagen) per week, plus 1 uur onplanbare '24-uur stand-by' zorg. Totaal 6,25 uur per week (m.i.v. 1 januari 2016) (...)".

- 4.3. Verzoekster is rolstoelafhankelijk, en woont samen met haar echtgenoot, die ook afhankelijk is van zorg. Nadat verzoekster is geopereerd en zij enkele valpartijen heeft gehad, is haar zorgbehoefte toegenomen. Daarom is de indicatie bijgesteld naar 6,25 uren per week.
De zorg die verzoekster nodig heeft, koopt zij in bij de zorgaanbieder 'Zorg met Hart'. Deze zorgaanbieder verleent planbare en niet-planbare zorg, en is hiervoor 24 uur per dag beschikbaar. De zorgaanbieder kan binnen vijf minuten bij verzoekster zijn. Deze zorgaanbieder spreekt de taal van verzoekster, zodat zij elkaar kunnen begrijpen. De zorgaanbieder begeleidt verzoekster ook naar verschillende zorginstanties, en kan dan als tolk fungeren.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij een PGB vv nodig heeft. Van de ziektekostenverzekeraar kwam het bericht dat er een wettelijk vertegenwoordiger moest zijn, en dit heeft zij geregeld. Vervolgens werd gesteld dat er een indicatiestelling moest plaatsvinden door een wijkverpleegkundige. Dat is geregeld en toen werd er gesteld dat de zorg planbaar is. De ziektekostenverzekeraar had alle argumenten ineens op tafel moeten leggen. De zoon van verzoekster moet uit Den Haag komen, en kan daarom niet heel snel ter plaatse zijn om verzoekster te kunnen helpen. Bovendien heeft hij zelf medische klachten, en kan daarom niet steeds met zijn moeder mee naar artsen en dergelijke. De zorgverleners van een thuiszorgorganisatie kunnen niet zo naar verzoekster toe, omdat zij de taal niet spreekt. Dit geldt wel voor de zorgverlener die de zorg nu verleent. Deze zorgverlener kan er binnen vijf minuten zijn, zonder eerst afspraken te hoeven maken met de zoon van verzoekster.
Verzoekster merkt op dat iemand haar moet helpen, en dat haar man dit niet steeds kan doen. Pas was zij gevallen, en toen kon haar man haar niet helpen.
Verzoekster merkt verder op dat Zorg met Hart geen zorg in natura-instelling is. Het is een V.O.F., die handelt op basis van een PGB vv. Er is contact geweest met de ziektekostenverzekeraar, en declaratie kan alleen indien het gaat om zorg in natura.

- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft ten behoeve van verzoekster drie aanvragen voor het PGB vv ontvangen. Naar aanleiding van de eerste aanvraag is met een familielid van verzoekster een Bewust Keuze Gesprek gevoerd. Destijds is toegelicht dat verzoekster geen Nederlands spreekt, terwijl geen sprake was van een wettelijk vertegenwoordiger.
De eerste aanvraag, die op 19 mei 2015 is ondertekend, ontving de ziektekostenverzekeraar op 21 mei 2015. Met deze aanvraag worden vier uren Persoonlijke Verzorging aangevraagd. Er is geen ingangsdatum opgegeven, zodat niet is na te gaan op welke periode de aanvraag betrekking heeft. De tweede aanvraag is op 16 juli 2015 ondertekend, en ook hiermee wordt een aanvraag gedaan voor vier uren Persoonlijke Verzorging per week. Wederom is geen ingangsdatum opgegeven. Toegelicht wordt dat verzoekster hulp nodig heeft bij het douchen, het aan- en uitkleden en het toedienen van medicatie. Uitgaande van het Bewust Keuze Gesprek en de beide aanvraagformulieren, heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvragen afgewezen op grond van de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015'. Met ingang van 1 december 2015 is de zoon van verzoekster haar wettelijk vertegenwoordiger geworden, zoals blijkt uit een beschikking van de Rechtbank Rotterdam. Daarna is een derde aanvraag ingediend, die is ondertekend op 16 december 2015, met vermelding van een ingangsdatum van 'heden'. Met deze aanvraag worden vijf uren en vijftig minuten Persoonlijke Verzorging per week aangevraagd. Aangezien is gebleken dat de zorg die aan verzoekster wordt verleend planbaar is, blijft de afwijzing van de ziektekostenverzekeraar voor het PGB vv in stand. Een taalbarrière betreft geen medische noodzaak voor een vaste zorgverlener.
- 5.2. Op grond van artikel 13 van de zorgverzekering bestaat de mogelijkheid zorg in te huren bij een zorgaanbieder die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. In dat geval

bestaat aanspraak op vergoeding van maximaal 80 percent van de kosten. De zorgaanbieder die verzoekster zorg heeft geboden, kan de kosten hiervan bij de ziektekostenverzekeraar declareren. Het betreft dan vijf uren en vijftig minuten per week gedurende de periode van 16 december 2015 tot 31 december 2016. De nota dient de AGB-code te vermelden, de behandeldatum, klantgegevens, de prestatiecode, de eenheden zorg per vijf minuten, het in rekening gebrachte bedrag en de NAW-gegevens van de zorgaanbieder.

- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat er sprake is van een misverstand. Het verhaal over het PGB vv is al afgekaart. In het dossier van de commissie bevindt zich een stuk, waarin is aangegeven dat gebruik wordt gemaakt van een zorgverlener die een contract heeft. Met ingang van 16 december 2015 kan deze zorgaanbieder de geïndiceerde zorg van vijf uren en 50 minuten bij de ziektekostenverzekeraar declareren. In een brief aan verzoekster is aangegeven hoe er gedeclareerd moet worden. Tot op heden is echter geen enkele declaratie ontvangen. Er kwamen alleen nieuwe zorgvragen met meer uren. Het geschil zit hem nog in het verschil tussen de toegekende uren en de gevraagde uren. Iedere keer wordt aangegeven dat er één uur stand-by zorg moet komen. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoekster hiervoor een regeling wil, maar deze zorg valt niet onder de aanspraak. De ziektekostenverzekeraar merkt op uit hetgeen ter zitting is gezegd te begrijpen dat de familie de zorg van Zorg met Hart toch niet wenst of hierin een andere constructie wil, en dan komt hij terug op de eerdere discussie. De zorg is goed planbaar, en daarom wordt er geen PGB vv verstrekt.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog aan verzoekster toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop.

(...)

Persoonsgebonden budget (PGB)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (PGB). U hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een PGB. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIGer). Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. (...)

Bijzonderheden

1. De indicatie voor de verpleging en verzorging wordt gesteld door de verpleegkundige, niveau

5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland.

2. Als u vóór 1 januari 2015 een indicatie voor verpleging en verzorging hebt van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), dan blijft u zorg ontvangen van dezelfde zorgaanbieder. Dit betekent niet dat de zorg precies hetzelfde is als de zorg die u gewend was te ontvangen. (...)"

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft, is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb verpleging en verzorging. U komt in aanmerking voor het pgb verpleging en verzorging als: (...)

2. u langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. Hierbij zijn de functiebeperkingen niet veroorzaakt door normale verouderingsprocessen.

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger (ouder, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb verpleging en verzorging verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt o.a. in contracten afsluiten en controleren met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten;*
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw wettelijk vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap;*
- dat u in staat bent de zorgaanbieders die u heeft gecontracteerd op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg."*

- 8.5. Artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Hebt u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én kiest u er bewust voor om geen gebruik te maken van zorgaanbieders die door ons zijn gecontracteerd? Dan kunt u in aanmerking komen voor een pgb verpleging en verzorging. Hiermee kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb verpleging en verzorging.

Hierbij moet uw zorgvraag aansluiten bij een of meer van de volgende voorwaarden:

- u hebt vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;*
- u hebt zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;*
- u hebt zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;*
- er is een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."*

- 8.6. Artikel 4.8 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"(...) - De ingangsdatum van het pgb verpleging en verzorging is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben goedgekeurd. De toekenning van het pgb verpleging en verzorging wordt schriftelijk aan u bevestigd. Op uw verzoek kunnen wij het pgb verpleging en verzorging ook op een latere datum in laten gaan."

- 8.7. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3 en 4.8 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Verpleging en verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv.
Het PGB was ten tijde van het onderhavige geschil als zodanig niet bij wet geregeld.
- 8.9. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van de aanvraag niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.
- 9.2. Met de beschikking van de Rechtbank Rotterdam van 1 december 2015, waarbij de zoon van verzoekster is aangemerkt als haar wettelijk vertegenwoordiger, is tussen partijen niet langer in geschil dat verzoekster behoort tot de doelgroep als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar. Gelet op artikel 4.8 van bedoeld reglement is de datum van ontvangst van de aanvraag bepalend. Namens verzoekster zijn drie aanvragen ingediend. Ten tijde van de beide aanvragen werd door verzoekster niet voldaan aan artikel 2 van voornoemd reglement. De laatste aanvraag, die is ondertekend op 16 december 2015, en kennelijk rond die datum door de ziektekostenverzekeraar is ontvangen, vermeldt een indicatie voor vijf uren en vijftig minuten Persoonlijke Verzorging per week.
Rest de vraag of verzoekster met ingang van 16 december 2015 voldoet aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoekster ontvangt bestaat - gelet op het zorgplan - uit hulp bij het douchen, het aan- en uitkleden, het aanreiken van medicatie, hulp bij het naar bed gaan, begeleiding bij bewegen en de begeleiding bij bezoeken aan artsen. Voor zover het de begeleiding bij bewegen en bezoeken aan artsen betreft, geldt dat dit geen Persoonlijke Verzorging betreft die ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed. Voor het overige betreft het naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Het gaat voorts naar zijn aard



niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn, mede gelet op de gestelde indicatie voor Persoonlijke Verzorging van - na bijstelling - 6,25 uren per week. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Het niet machtig zijn van de Nederlandse taal vormt niet een dergelijke (medische) noodzaak.

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 9.4. Uit het zorgplan volgt ook dat verzoekster driemaal per dag hulp krijgt bij de toiletgang. Hierover merkt de commissie het volgende op.
Het enkele feit dat al dan niet regelmatig het toilet moet worden bezocht is inherent aan de menselijke natuur en in die zin niet onderscheidend als het gaat om de vraag of dit onderdeel van de zorg al dan niet planbaar is. Indien geen indicatie is gesteld voor 24-uurs zorg, is daartoe in de eerste plaats vereist dat het toiletbezoek deel uitmaakt van de indicatiestelling door de verpleegkundige. Voor zover aan deze eis is voldaan heeft verder te gelden dat sprake moet zijn van bijzondere omstandigheden die gelegen zijn in de persoon zelf – waarbij met name kan worden gedacht aan problemen met de urinelozing of de ontlasting – dan wel de sociale context van betrokkene, zoals bijvoorbeeld het ontbreken van ondersteuning door mantelzorg.
In dit geval vormt het toiletbezoek weliswaar onderdeel van de indicatiestelling, maar is niet gebleken van voornoemde bijzondere omstandigheden, zodat niet kan worden gesproken van niet-planbare zorg.
Gelet op het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.5. Verzoekster heeft aanspraak op zorg in natura. Voor de zorg die aan haar is verleend door de zorgaanbieder 'Zorg met Hart' is door de ziektekostenverzekeraar onder voorwaarden aangeboden met betrekking tot de periode van 16 december 2015 tot en met 31 december 2016, op basis van vijf uren en vijftig minuten per week, een vergoeding te verlenen tot 80 percent van het maximale tarief dat door een formele zorgverlener in rekening mag worden gebracht. Deze vergoeding vormt, naar de commissie begrijpt, geen onderwerp van geschil.



Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.



Conclusie

- 
- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

- 
10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 februari 2017,



A.I.M. van Mierlo